

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

168

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 mai 1892, à 1 heure

Par JOUVE MAURICE

Né à Avignon (Vaucluse), le 21 juin 1865

D'UN NOUVEAU TRAITEMENT

DES HÉMORRHAGIES

PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 mai 1892, à 1 heure

Par JOUVE MAURICE

Né à Avignon (Vaucluse), le 21 juin 1865

D'UN NOUVEAU TRAITEMENT

DES HÉMORRHAGIES

PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, TUFFIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLIAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTÉTER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES REGRETTÉS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES FACULTÉS DE MONTPELLIER
ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

D'UN NOUVEAU TRAITEMENT

DES HÉMORRHAGIES

PAR

INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

INTRODUCTION

Notre thèse inaugurale sera l'exposé de ce que nous avons eu sous les yeux : croire avec conviction à ce qu'on a vu bien des fois devrait être la résultante d'un enseignement basé sur des faits. La règle serait en cela : des doutes peuvent persister, mais alors ils succèdent à un vice d'observation.

Pour nous, qui avons eu la bonne fortune d'être magistralement dirigés, reconnaître les bienfaits d'une méthode est plus qu'un devoir, c'est une reconnaissance, que nous craindrons de ne point savoir offrir assez largement.

Une série d'accidents, dus à des insertions

vicieuses du placenta, s'est produite pendant notre long séjour à la maternité de Paris. Leur fréquence, leur gravité, et le traitement nouveau mis en usage, avaient provoqué notre attention : les conseils de notre savant maître, M. le professeur Pinard, devaient bientôt nous conduire à étudier plus spécialement cette complication de la grossesse.

Nous serons bref sur ce qui touche à l'histoire générale du *placenta prævia* ; causes, mécanisme, symptômes ont fait l'objet de nombreux travaux, et nous n'en retracerons que les grandes lignes ; les divers traitements préconisés tour à tour nous occuperont plus longuement dans une seconde partie de notre travail, que nous terminerons par l'exposé détaillé d'une méthode nouvelle, dont suivront enfin les beaux résultats.

Nous avons entrepris ce travail avec courage : heureux serons-nous si nos efforts parviennent à faire oublier les lacunes qu'on y trouvera.

Nous remercions bien vivement MM. les D^{rs} Varnier, Lepage, Oui, Bouffe de Saint-Blaise et Potoki de l'amabilité qu'ils ont toujours mise à nous fournir les renseignements dont nous avons eu besoin.

Mesdames les sages-femmes de la Clinique, en nous offrant très gracieusement la série des registres destinés à faciliter nos recherches, ont acquis également des droits à notre reconnaissance.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien croire à notre plus entière gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Si l'on trouve, dans l'histoire du *placenta* Historique. *prævia*, les opinions les plus contradictoires soutenues et bientôt attaquées par les mêmes hommes ; si l'on a sous les yeux comme l'interminable défilé d'hypothèses plus ou moins habiles et de croyances franchement illusoires ; si, enfin, chaque jour entraîne de nouveaux travaux, et met en relief le fruit de nouvelles études, il faut voir, dans ces opinions diamétralement opposées, dans ce doute, dans cette recherche de la vérité, un même but poursuivi par tous les accoucheurs depuis bien des siècles : connaître le mécanisme de cet accident formidable qui supprime en quelques minutes deux existences, et s'en rendre maîtres ; nous avons suffisamment désigné l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

Portal, en 1685, montrait le premier que le placenta pouvait s'insérer sur le segment inférieur de l'utérus et sur le col, et si cette opinion, émise par Portal, se trouvait confirmée par les travaux de Platner, Johann von Hoorn, Heister, Schacher, Brünner, Giffard, Levret et Smellie, pour ne citer que les principaux, parmi les auteurs anciens, ce n'est, en réalité, que depuis Baudelocque, en 1824, que l'on admit que le

placenta ne s'insérait pas toujours normalement au fond de l'utérus. A partir de ce moment, la réaction se fit contre les idées anciennes, et dans ces dernières années Gusserow, renchérissant sur ses prédécesseurs, alla jusqu'à considérer comme exceptionnelle cette insertion sur le fond de la matrice, plus exceptionnelle même que l'insertion sur le col. Laissant de côté ces opinions extrêmes, et nous demandant de suite ce qu'est l'insertion vicieuse du placenta, nous admettons la division de la cavité utérine, telle que nous la présente Barnes : division demeurée classique, et bien faite pour mettre en lumière les différents points où peuvent se greffer les villosités chorionales.

Variétés
d'insertion

Sera-ce dans la zone supérieure ou la zone moyenne que se développera l'œuf, ou l'ovule, descendu plus bas, plus près de l'orifice utérin ; se fera-t-il son nid dans la zone inférieure, justement surnommée zone dangereuse ?

Si l'on en jugeait par les statistiques fournies par les classiques, ce dernier cas serait bien le plus rare, destiné qu'il serait à produire les plus graves accidents. Ou le placenta s'insère sur le segment moyen et le segment supérieur, et alors tout péril est conjuré ; ou son insertion se fait sur la zone cervicale, et dans ces conditions, ce sont des variétés d'insertion plus ou moins redoutables, telles qu'insertions centrales, partielles, marginales, quelquefois même cervicales.

Telle est la division des auteurs ; nous la simplifierons, en admettant avec M. le professeur Pinard, deux variétés seulement :

1° Le placenta est inséré sur le segment inférieur plus ou moins près de l'orifice interne; mais ne le recouvre pas;

2° Le placenta recouvre l'orifice interne en partie ou en totalité.

Est-ce à dire qu'on doive mettre en doute l'insertion sur le fond de l'utérus? Non, bien certainement, mais ce cas, le plus fréquent pour tous les auteurs, devient pour nous le plus rare.

Il nous reste à étudier la fréquence de ces variétés, et ici encore les chiffres sont loin de se correspondre.

Fréquence
des variétés

Lomer, sur 136 cas observés, trouve 25 fois l'insertion complète, soit 19 0/0, et l'insertion latérale 111 fois, soit 79 0/0.

King, sur 219 cas, compte 81 insertions partielles, soit 38 0/0, et 138 incomplètes, soit 58 0/0.

D'autres statistiques trouveraient ici leur place; mais ce serait sortir du terrain essentiellement clinique où nous avons hâte de nous engager. Qu'il nous soit cependant permis de penser que de pareils chiffres sont peut-être dus à des examens trop hâtifs, le début du travail ne permettant point d'analyser exactement le mode d'insertion, et la dilatation de l'orifice utérin pouvant donner comme partielle une insertion considérée jusqu'à là comme complète ou centrale.

Au reste, écoutons M. le professeur Pinard :

« Je dois avouer, dit-il dans un Mémoire, que
« je n'ai pas rencontré un seul cas d'insertion
« dite centrale ou complète. Pendant mon inter-
« nat, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de
« ville, depuis que je dirige le service d'accou-

« chements de Lariboisière, je n'ai jamais vu que
« des insertions partielles. Plusieurs fois, il est
« vrai, on me dit que l'insertion était centrale,
« mais un examen plus complet me permit de
« reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraiss-
« saient être au centre de l'orifice, se trouvaient
« des membranes. Donc, sans vouloir nier en
« aucune façon l'existence de l'insertion dite cen-
« tre pour centre, je la crois excessivement rare,
« puisque, en ne prenant que les chiffres fournis
« par la statistique de Lariboisière, depuis que je
« dirige le service, on trouve, sur 6960 accouche-
« ments, 26 insertions vicieuses du placenta ayant
« donné lieu à des hémorragies, et dans ces 26
« cas, l'insertion était marginale. »

Depuis lors, cette statistique s'est accrue, et elle apportait, en 1890, 52 insertions vicieuses avec hémorragies, sans plus d'insertion centrale que si elle n'existait pas. « Cependant, nous dit « M. Varnier, bien que nous attendions encore « l'autopsie qui montrera d'une façon irréfutable « l'existence de cette dernière variété (placenta « adhérent centre pour centre sur un orifice « interne non dilaté), nous aurons, pour rester « classiques, à en tenir compte au point de vue « du traitement. »

Enfin, sur 15.000 accouchements, M. le professeur Pinard avoue n'avoir jamais rencontré cette insertion centre pour centre.

Mais à la rareté de ces insertions centrales, nous pouvons opposer les cas nombreux où les cotylédons placentaires occupent le segment inférieur de l'utérus, ou les bords mêmes de l'orifice

interne. Ici, nos recherches nous mettent en désaccord avec ce qui a été dit par la majorité des classiques; accepter comme uniquement périlleuse la présence d'un placenta sur le centre du col, paraît devoir mettre au rang des complications extraordinaires un fait commun chez la femme enceinte. C'est pourtant ce qu'admettent beaucoup d'auteurs. M. Pinard a montré ce qu'il y avait d'exagéré dans ces opinions, et nous-même, en consultant les registres de la Maternité, avons relevé des chiffres qui ont leur éloquence. Les insertions sur le segment inférieur et sur le bord de l'orifice interne y sont aussi nombreuses que celles des parties latérales, ou, pour mieux dire, du segment moyen de l'utérus : fait nié jusqu'ici. En 1890, les 650 derniers accouchements donnent 338 placentas insérés à une distance du col variant de 0 à 0,10 centimètres, et en 1891, sur 1661 accouchements, nous trouvons 997 fois le segment inférieur occupé par le placenta, ce dernier aussi rapproché des bords du col que dans les cas précédents.

Faut-il écarter ces chiffres du cadre des insertions vicieuses, parce que cinq fois seulement des hémorrhagies alarmantes ont nécessité l'intervention?

Non, bien certainement; la présence d'un placenta sur le segment inférieur est, à peu de chose près, aussi dangereuse que son empiètement sur le col; c'est une insertion vicieuse, capable d'entraîner des accidents redoutables, et pourtant ces accidents ne sont que l'exception.

Les causes de la situation anormale du placenta

Causes de
l'insertion
vicieuse.

Jouve

3

ne sont pas pleinement élucidées. Tylor Smith supposait qu'elle était due à ce que la fécondation de l'ovule n'avait eu lieu que dans les parties inférieures de la cavité utérine. Cazeaux fait observer que la muqueuse est moins gonflée, moins turgide que lorsque l'imprégnation se produit au siège ordinaire, et que, par conséquent, elle offre moins d'obstacle à la descente de l'ovule dans la partie inférieure de la matrice. La descente de l'ovule imprégné peut aussi être favorisée par une grandeur anormale ou une forme inaccoutumée de la cavité utérine. Cela peut-être, en effet, dans les cas où la cavité est plus grande, car on observe le placenta prævia en général chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. M. Pinard a incriminé les voyages au début de la grossesse, les trépidations de chemins de fer; les affections antérieures de l'organe gestateur, les métrites, les endométrites, le carcinome, auraient, pour Jacquemier, une certaine valeur étiologique; M. Polailon enfin a mis le cloisonnement de l'utérus au nombre des causes de l'insertion vicieuse. Mais ce sont, il faut bien le dire, des hypothèses intéressantes, dont le champ peut encore s'étendre, mais autour desquelles bien des doutes persisteront.

La multiparité, pour Osiander, pour Depaul, devrait favoriser surtout cette implantation du placenta sur le segment inférieur; c'est ce que nous retrouvons dans les statistiques de Simpson, de Müller, de King, d'Hoffmeier, de Nordman; celles de Pinard s'en rapprochent, et sur 100 cas d'insertion vicieuse, notre maître ne relève que 10 primipares.

Nos recherches dernières ne nous ont point permis de retrouver aussi nettement cette influence de grossesses antérieures : car, en 1890, sur 338 insertions sur le segment inférieur, nous notons 191 primipares et 147 multipares ; et en 1891, sur 997 cas, 499 primipares et 498 multipares.

Ce que nous observons chaque jour concernant l'âge des femmes nous porte toutefois à accepter les idées classiques : les statistiques de Lomer, et celles de King, où nous retrouvons le plus grand nombre d'insertions vicieuses entre 25 et 40 ans, concordent assez avec ce qu'on a dit de la multiparité.

Mais si l'entente paraît s'établir entre auteurs pour ce qui concerne l'influence de l'âge et de grossesses à répétition, quelle confusion quand il s'agit d'expliquer le mécanisme des accidents !

Mécanisme
de l'hémor-
rhagie.

Une des premières théories en date est celle de Jacquemier, que partageait Cazeaux : pendant les six premiers mois de la gestation, le segment supérieur de l'utérus se développe plus spécialement, ainsi que l'indique la forme en poire du fond de l'organe à cette période ; et comme le placenta atteint aussi son maximum de développement pendant les six premiers mois, s'il est inséré sur le segment utérin qui s'accroît concurremment avec lui, ses attaches et ses rapports ne sont nullement troublés.

Théorie de
Jacquemier
et de
Cazeaux
1846.

Au contraire, pendant les trois derniers mois de la grossesse, le segment inférieur de l'utérus se développe plus que le segment supérieur, tandis que le volume du placenta reste à peu près stationnaire ; il en résulte inévitablement une perte

de proportion entre le col et le placenta, d'où le décollement de ce dernier.

Cette théorie a soulevé de nombreuses objections, dont la plus importante est qu'il n'est pas démontré que le segment inférieur se développe proportionnellement plus que le supérieur pendant les trois derniers mois de la grossesse.

Théorie de
Barnes.

Barnes, en 1847, propose une théorie différente : la perte de relation entre l'utérus et le placenta provient d'un élargissement excessif de ce dernier par rapport aux dimensions du col ; aux époques menstruelles, le sang afflue en grande quantité dans l'utérus et le placenta, le gonfle, et le rend trop large pour la surface sur laquelle il repose ; il se décolle sur les bords de l'orifice, et le sang s'écoule.

Théorie de
Matthews-
Duncan.

Tel n'est point l'avis de Matthews Duncan, 1873, pour qui l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse est, pendant la grossesse, accidentelle, non inévitable, et sous la dépendance des mêmes causes qui produisent une hémorrhagie dans les cas normaux. Les accidents ne surviennent, pour l'auteur, qu'au moment du travail, car, alors, l'expansion du col entraîne fatalement le décollement du placenta.

Théorie de
Pinard.

M. Pinard a donné, ce nous semble, l'explication réelle des accidents, en montrant qu'aux derniers mois de la gestation, les parties fœtales, appuyant sur le segment inférieur, tiraillent les membranes, et provoquent, par cela même, la déchirure de quelques vaisseaux ; qu'au moment du travail, et par suite de l'engagement, le placenta décollé est refoulé vers l'orifice utérin, d'où

rupture de nouveaux liens vasculaires et aggravation de l'hémorrhagie.

Ce qui le prouve, c'est l'influence des attitudes transversales du fœtus, qui détendent les membranes à leur maximum, exagèrent leur tiraillement, et favorisent à son plus haut degré l'écoulement sanguin; ce qui le prouve encore, c'est l'arrêt presque instantané de l'hémorrhagie, consécutif à la dilacération de l'œuf.

On verra plus tard comment le ballon de M. Champetier de Ribes, réagissant contre les tendances du placenta à fuir devant les parties fœtales, s'oppose à ce décollement excessif au moment du travail, et là sera la confirmation du second point de la théorie de Pinard.

Le premier symptôme qui permette de concevoir des soupçons sur le siège vicieux du placenta, est une hémorrhagie soudaine, sans cause appréciable; tantôt légère, et s'arrêtant spontanément, tantôt abondante, et réclamant de suite un traitement énergique, la perte est le plus souvent silencieuse, insidieuse, se produisant au repos ou au lit. Elle se répète à intervalles plus ou moins éloignés, d'autant moins éloignés que le terme de la grossesse approche; on a dit que le septième et le huitième mois constituaient la période dangereuse, mais il n'y a rien d'absolu, et l'on cite des cas où vers la fin du cinquième des accidents éclataient. Mais cette hémorrhagie de la grossesse est loin d'être inévitable, surtout quand le placenta n'empiète point directement sur le col; inévitable, au contraire, est-elle, au moment du travail, car l'orifice utérin se dilate, les adhérences cèdent con-

Symptômes.

tre les deux organes, et des déchirures plus considérables succèdent sans cesse au refoulement par les parties fœtales du placenta décollé.

Pertes de la grossesse, et pertes du travail ne sont point les seules à redouter dans les cas de *placenta prævia* ; pendant la délivrance, quoiqu'en aient dit Stein et Hinze qui niaient la possibilité de tout danger après l'accouchement, l'hémorrhagie peut se reproduire ; on doit alors en rechercher la cause dans les contractions irrégulières et quelquefois nulles, de l'organe gestateur.

L'utérus a perdu sa contractilité dans le point où s'insère le placenta ; les sinus déchirés sont béants, et ces cas, que Ritgen désignait sous le nom de *formes paralytiques* ne sont pas les moins redoutables ; ils tuent en quelques secondes, tels les faits de Gaillard Thomas, de Rigby, d'Ober-tenfer et de Mme Lachapelle.

A l'examen vaginal, le segment inférieur du globe utérin est plus épais, plus charnu qu'à l'état normal ; on arrive avec peine sur la partie fœtale qui reste élevée, et Gendrin a signalé le premier l'absence de ballotement.

Le col, est, le plus souvent, assez perméable pour qu'on sente quelque portion du placenta. Dans les insertions marginales, le doigt rencontre une masse cotylédonnaire épaisse et molle, se distinguant d'un caillot qui occuperait la même situation, par sa consistance et son étendue ; en le dirigeant vers le point opposé aux parties épaisses, on ne tarde pas à rencontrer les membranes recouvrant en partie les bords de l'orifice.

L'auscultation enfin permet d'entendre le souffle placentaire sur le segment inférieur de l'utérus.

Est-il nécessaire d'établir un diagnostic différentiel ? Nous pensons que la netteté des symptômes qui précèdent doit écarter toute confusion ; cependant, pour rester classiques, nous mentionnerons les hémorrhagies de source cancéreuse, celles que provoque l'épithélioma du col. Un simple toucher supprimerait tous les doutes.

Diagnostic.

La môle hydatiforme donne lieu à des pertes assez semblables, par leur intermittence et leur époque d'apparition, à celles du placenta prævia. Mais ici, l'écoulement est séro-sanguinolent ; on ne retrouve point des parties fœtales accessibles ; l'expulsion de vésicules pathognomoniques, sous forme de grappes, fixerait le diagnostic.

Les varices de la vulve et du vagin sont, au contraire, beaucoup plus fréquentes, et des accidents rapidement mortels peuvent accompagner leur rupture. Mais la présence de varices aux membres inférieurs, la dilatation des vaisseaux qu'on sent très nettement au niveau de la vulve, entre la grande et la petite lèvre, les véritables paquets variqueux qu'un simple toucher ou l'introduction prudente d'un spéculum de Sims découvrent à l'entrée du vagin, laissent deviner la nature de l'hémorrhagie.

Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant. Read, dans son *Traité du placenta prævia*, estime, d'après de fort nombreuses statistiques, la mortalité des mères à 1 sur 4 1/2, et Churchill à 1 sur 3. Depaul, sur 71 cas observés à l'hôpital

Pronostic.

des cliniques, dit que 23 femmes ont succombé, ce qui donne une proportion de 1 sur 3.

Barnes apporte une statistique meilleure, car sur 64 observations, nous ne trouvons que 6 morts, soit un décès sur 10 $\frac{2}{3}$. Depuis l'avènement de l'antisepsie, les chiffres sont plus favorables pour ce qui concerne le sort de la mère.

Mais la vie de l'enfant reste toujours exposée; toutes les mauvaises chances semblent s'accumuler contre lui; l'accouchement prématuré, la diminution du champ d'hématose dans le placenta en partie décollé; les présentations vicieuses, le prolapsus et la compression du cordon, l'application de forceps, et surtout l'extraction par le siège, telles sont les principales raisons qui expliquent l'excessive mortalité des enfants dans les cas de *placenta prævia*.

CHAPITRE II

Il nous semblait utile, dans la première partie de notre travail, de rassembler les quelques notions indispensables à l'exacte connaissance de l'insertion vicieuse : nous l'avons fait très brièvement, car il nous tardait d'aborder le terrain clinique qui nous retiendra plus longtemps.

Aussi nombreuses que les théories qui précèdent sont les indications fournies par les auteurs : l'hémorrhagie étant un des accidents les plus graves de la grossesse, on devait y parer, et, on peut bien le dire, les méthodes auxquelles ces derniers temps encore les statistiques font honneur, sont trop différentes pour qu'on n'y lise l'impuissance des chirurgiens à proclamer, non pas la meilleure, mais la moins mauvaise.

Les procédés d'Hippocrate et de Velpeau sont tombés dans l'oubli et l'usage du seigle ergoté, tel que l'ont enseigné Paul Dubois et le professeur Depaul, ne pourrait aujourd'hui tenter que de bien rares accoucheurs.

Ergot de
seigle.

Il est vrai que Depaul redoutait déjà les effets de l'ergot, dont il discutait les propriétés hémostatiques, et dont les moindres conséquences étaient des contractions tétaniques de l'utérus, la rétention du placenta, après l'expulsion du fœtus, par

suite de la rétraction des fibres de l'orifice interne, et enfin toutes les difficultés de la délivrance.

De quelques
injections
vaginales.

A côté du seigle ergoté, nous rangerons certaines injections vaginales dont le danger n'était plus le même, mais dont les résultats étaient peu brillants. Les décoctions d'écorces de chêne, le vinaigre eurent leur vogue ; plus tard, Stein proposa les solutions d'alun, Dupierris celles de teinture d'iode au tiers, Mendel le vin rouge, Arendt les solutions de créosote. Inutile d'ajouter que les déboires étaient grands, jusqu'au moment où une méthode apparut qui devait se répandre presque instantanément en France et à l'étranger et y demeurer comme une méthode de choix.

Du tampon-
nement.

Opposer une barrière infranchissable à une hémorrhagie contre laquelle tant de moyens s'étaient montrés impuissants, Fabrice de Hilden, Smellie, Hoffmann y avaient songé, mais c'est à Leroux, de Dijon, que revient l'honneur d'avoir en 1776, exposé les avantages de sa méthode en étendant le plus possible son application. Certes, le tamponnement se fit, à cette époque, d'une façon bien primitive, et les vessies animales, tout d'abord employées, furent bientôt détronées par de nouvelles vessies en caoutchouc dont l'esprit torturé des accoucheurs modifiait sans cesse les formes et le mode de gonflement.

Quelle était et quelle est encore la valeur de ces appareils dont quelques-uns constituent les principaux moyens de défense de nos voisins contre les fâcheuses surprises du placenta prævia ? Faut-il admettre que ces vessies, les unes, gon-

flées d'air, les autres, d'eau glacée, comme dans le colpeurynter de Braun, permettent à l'accoucheur un contrôle sévère du col, le laissent maître de suivre, pour ainsi dire, pas à pas, le progrès de son effacement et de sa dilatation, libre enfin d'intervenir aisément pour les retirer ou les réintroduire dans la cavité vaginale?

Est-il vrai que la température de l'eau que l'on peut maintenir glacée serait pour beaucoup dans les effets hémostatiques puissants de ces appareils et que leur dégorgement facile rendait leur contact avec une muqueuse irritable moins douloureux?

Pour qu'un tampon remplisse toutes les conditions qu'on est en droit d'exiger, il faut qu'il soit large, épais, s'étende sur toute la surface du segment inférieur, comprime non seulement l'orifice du col, mais encore toute la zone cervicale. En un mot, il faut qu'il dilate également les culs-de-sac et parois du vagin, en même temps qu'il exerce sur les mêmes parties une pression égale et continue.

Ce n'est pas le cas du col peurynter de Braun dont la forme ne se prête pas à un remplissage bien parfait de la cavité vaginale; il en résulte que si l'hémorrhagie ne se fait pas au dehors, les culs-de-sac n'en resteront pas moins libres de toute compression, et, comme l'ont raconté Weber, Spiegelberg et Müller, on ne reconnaîtra la persistance de l'hémorrhagie que beaucoup trop tard, quand les symptômes graves apparaîtront.

L'Angleterre et l'Allemagne ont, malgré tout, maintenu ces vessies dans l'arsenal de leurs clini-

ques obstétricales; en France, l'usage du tampon décrit par Leroux, expérimenté largement et perfectionné dans ses détails par Dubois, Depaul, Tarnier, et la majorité des accoucheurs modernes, fit bientôt oublier l'accueil favorable offert à ces réversoirs.

Ce n'est point la description du tamponnement que nous voulons reproduire ici; tous les classiques la donnent avec détails, et nous la supposons parfaitement connue. Mais c'est une analyse rapide de ses avantages et de ses inconvénients qui nous hante, d'autant plus que ne l'admettant pas comme méthode de choix, nous voulons asseoir nos préférences sur des raisons sévères et des chiffres exacts.

Quand on introduit dans la cavité vaginale ces masses relativement énormes de coton phéniqué, ou de toute autre substance aseptique, car nous éloignons toute idée de manque possible à notre programme d'antisepsie moderne, que veut-on obtenir? Deux effets : l'arrêt de l'hémorrhagie par suite de l'obstacle qu'on lui oppose, et l'accélération du travail dont la terminaison doit, en définitive, conjurer tout péril. Or, à côté des cas indubitables où toutes les bonnes chances se sont accumulées; sans nier l'autorité des statistiques où tout semble s'être passé à merveille, que de fois ne nous est-il arrivé de tomber sur des pages moins consolantes? Que de fois le tampon n'a-t-il pas été barrière franchissable, réappliquée à plusieurs reprises, en pleine détresse de l'accoucheur impuissant à tarir l'écoulement sanguin? Que de fois le même tampon provoquant des con-

tractions utérines douloureuses, au point de laisser croire à un travail rapide, n'a-t-il pas infligé à la femme un supplice de plusieurs heures et de plusieurs jours, sans entraîner d'autre résultat que la navrante détermination du médecin à le retirer ? Müller cite 47 cas où l'hémorrhagie persista, et malgré les recherches de Schœller, qui voulait faire du tampon un des meilleurs moyens de provoquer l'accouchement, nous avons des statistiques bien contraires.

Nous nous rappelons les femmes citées par Depaul ; vingt-quatre et trente-six heures après le tamponnement, aucune contraction utérine ; celles de Müller, chez lesquelles les premières douleurs apparaissent seulement au bout de huit jours ; celles d'Hégar enfin, dont les muscles abdominaux seuls se contractent et infligent à ces malheureuses d'inutiles souffrances au point de vue du travail.

Et cependant, ces échecs ne peuvent être mis sur le compte d'un tamponnement mal fait. Mais le tampon, ne l'oublions pas, pour avoir quelque chance de réussir, doit être très serré, et dans ces conditions, il devient douloureux, pour ne pas dire insupportable.

Des recherches nombreuses nous ont édifié sur les résultantes moyennes du tamponnement. Ludwig Müller, sur 161 femmes, mentionne 35 cas de mort et 126 guérisons ; quelques jours plus tard, 12 nouveaux décès, ce qui donne 47 décès sur 161 femmes, soit le 21 0/0. Et cette statistique est une des moins effrayantes.

D'après King, sur 85 femmes tamponnées, 19

sont mortes, et 43 enfants ont succombé ; soit le 22 o/o pour les mères et le 50 o/o pour les enfants.

Le travail d'Auvard, basé sur des faits observés naguère, en pleins services parisiens, assombrit encore le pronostic des hémorrhagies traitées par cette méthode : depuis 1855 à 1885, 47 femmes sont tamponnées, 26 guérissent, mais 15 meurent ; soit le chiffre énorme de 36 pour 100 de mortalité.

Pendant la même période, à la maternité, 47 nouveaux cas, 34 guérisons, 13 décès, soit encore une mortalité de 28 pour 100.

Tout ceci, nous l'accorderons, précède l'avènement de l'antisepsie : est-ce à dire que tous les cas observés depuis sont des cas heureux ?

Nous voudrions reconnaître cette influence ; mais encore ici l'illusion domine les partisans du tampon, et les méfaits de la méthode persistent autant que par le passé.

L'antisepsie supprimera-t-elle la nécessité d'un tampon serré, très serré même, dont la présence irritera bientôt la muqueuse, et deviendra la source de sécrétions abondantes et dangereuses ?

La vessie, l'intestin, comprimés longuement, ne se révolteront-ils pas, et alors, comment lutter contre les cruelles souffrances provoquées par ce double ténesme ?

Et aux cas de suites de couches pathologiques, aux cas de métrites, d'endométrites, de péritonites signalées par Dubois, par Depaul, par Mme Lachapelle, avant l'antisepsie, que de nouveaux à ajouter, ultérieurs à cette dernière ?

Un tampon s'applique suivant toutes les règles de la méthode listérienne ; d'abondants lavages aux solutions classiques ont débarrassé la muqueuse vaginale de tout germe suspect ; mais celle-ci s'irrite, elle se desquame, elle sécrète, parce que le tampon demeure trop longtemps ; une odeur infecte annonce que tout est à craindre, et de fait, des complications éclatent. Nous aurions de nombreuses observations à signaler : celles de Martin (Hischlerg, Dissert), celles de Breit, à la maternité de Vienne, celles de tant d'autres.

Et si la mort ne survient dans ces cas que quelques jours plus tard, alors que tout péril immédiat est conjuré, alors qu'accoucheur et famille respirent et reprennent confiance, ne faut-il pas oublier les cas, hélas ! trop nombreux, où la femme succombe en quelques minutes, ou en quelques heures ! Le désastre est encore plus grand pour tous ; le sang a cessé de couler à l'extérieur ; aucune trace de rouge à la surface du tampon ; mais la femme devient livide, le poulx filiforme, la vue se trouble, un évanouissement et la mort, tel est le résultat de l'hémorrhagie qui s'est faite à l'intérieur et derrière le tampon.

Peut-on prévoir ces désastres ? En 1886, Marc-Léan, de New-York, propose comme contre-indication formelle du tampon la trop grande laxité des parois utérines ; mais bien souvent, on dirait plus volontiers toujours, le cas est trop grave pour permettre une hésitation ; il faut agir, et l'on tamponne parce que, malgré tout, le tampon

passé encore pour l'unique ressource dans le placenta prævia.

Nous ne voulons point accumuler de nouveaux griefs contre la méthode de Leroux : nous avons représenté ses dangers, regrettant de n'avoir pu insister sur ses avantages. Toutefois, nous ne nierons pas qu'elle n'ait rendu des services, et dans bien des cas, elle reste l'unique ressource du médecin pris à l'improviste.

Pour nous, impossibilité d'agir autrement sera l'unique indication du tampon; et avec notre maître, M. le professeur Pinard, nous dirons : « Le tampon ne doit plus être considéré que comme un moyen de nécessité, et jamais comme un procédé de choix. » *Echo médical*, 1889.

Méthode de
Braxton
Hicks.

L'infidélité de tous les moyens qui précèdent avait frappé bien des cliniciens : devaient-ils donc s'avouer vaincus ? Ne pouvait-on diminuer en rien cette effroyable mortalité des mères et surtout des enfants ? Et puisque tout échouait en face de ces hémorrhagies qui, si elles n'entraînaient bientôt les accidents les plus graves, anémiaient tout au moins les femmes par leurs retours offensifs, n'y avait-il point lieu d'abréger le terme de leur grossesse, et l'accouchement prématuré artificiel ne devenait-il point l'unique ressource de ces cas périlleux ? Il fallait essayer, et dès 1864, Greenalgh, de Londres, avait songé à une intervention de ce genre ; le succès couronna la méthode, et depuis Barnes et Hicks, de Londres, Beatt et Kidd, à Dublin, Macdonald, d'Edimbourg, Gaillard Thomas, en Amérique, ont adopté la même conduite.

Braxton Hicks a donné une description magis-

trale de cette méthode dont il n'est point l'auteur, mais qui porte son nom, et que nous appelons plus souvent version combinée, version bipolaire, version mixte, version par manœuvres internes et externes.

Nous voudrions reproduire ces lignes pleines de clarté et de précision, où cet accoucheur de mérite nous fait suivre pas à pas le détail de son intervention : mais l'espace nous manque, et il nous suffira de dire que bien des mémoires les ont reproduites, tant en France qu'à l'étranger.

Connaître exactement la position du fœtus est d'une importance bien mise en lumière par l'accoucheur anglais ; la facile saisie d'une extrémité fœtale n'est-elle pas sous la dépendance de la liberté qu'aura l'accoucheur lui-même à mouvoir ses doigts dans la cavité utérine ? Une main exerce des pressions sur le siège, à travers les parois abdominales ; tandis que l'autre repousse la tête, le cou, l'épaule enfin vers la fosse iliaque opposée. La hanche ne tarde pas à se mettre en rapport avec l'aire du détroit supérieur : encore une légère pression, et le genou touche le doigt, et peut être attiré en bas.

Tout ceci est facile à exécuter, et demande moins de temps, dit l'auteur, que l'on n'en met à le décrire ; mais tout cela demande aussi parfois une persévérance modérée, ferme et constante, et une certaine patience, comme celle que demande toute opération obstétricale.

« Dans les cas de *placenta prævia*, je trouve
« dans ma méthode une utilité qui m'a été dé-
« montrée en maintes circonstances... Voici com-

« ment j'opère pour n'avoir ni hémorrhagie ex-
« terne, ni hémorrhagie interne pendant l'accou-
« chement. Quand je sens les membranes, et que
« je constate une présentation du sommet, je pro-
« cède comme je viens de le dire (version combi-
« née). Quand c'est le pied qui se trouve à l'ori-
« fice utérin, je saisis ce pied, et j'entraîne la
« jambe à travers l'orifice utérin aussi bas que
« possible sans forcer. Au moyen de cette douce
« traction exercée par le simple poids du bras,
« j'obtiens ainsi une sorte de tampon qui arrête
« l'hémorrhagie. Je maintiens la jambe en dehors
« de cette manière, et comme l'orifice utérin se
« dilate, la jambe, par sa forme conique, consti-
« tue un excellent tampon; à son tour, le siège
« agira de même, quand il s'engagera dans l'ori-
« fice.

« Cela fait, nous disposons d'un temps pré-
« cieux, et nos efforts devront être consacrés à
« remonter les forces de la malade, qui a été
« affaiblie, parfois anéantie, par la perte anté-
« rieure. Dans les cas extrêmes, la valeur de cette
« période est absolument inestimable.

« Ensuite, on attend les contractions utérines,
« et l'on agit comme dans une présentation du
« siège.

« Généralement, les douleurs arrivent une heure
« ou deux après, mais si elles tardaient plus long-
« temps, et s'il n'y a pas une trop grande dépres-
« sion des forces, on donne du seigle ergoté; ici,
« j'insiste fortement sur l'importance de ne pas
« extraire l'enfant avec rapidité, après avoir accom-
« pli la version, qu'il s'agisse de la version classi-

« que ou combinée. Cette remarque s'applique
« particulièrement aux cas de placenta prævia,
« et plus spécialement aux cas où l'écoulement
« sanguin a été abondant.

« Quand le fœtus est engagé à travers le col,
« comme la dilatation a augmenté, une douce
« traction, exercée sur lui, ainsi que nous l'avons
« dit plus haut, le simple poids du bras, sera, je
« pense, toujours suffisant pour arrêter une hé-
« morrhagie ultérieure. La forme du fœtus étant
« conique des pieds aux épaules, s'adapte admi-
« rablement comme un tampon sur le col et sur
« le segment inférieur de l'utérus, qui ne présente
« pas alors sa forme globulaire, mais prend plus
« ou moins la forme du fœtus. »

Telle se présente à nous la méthode de Braxton Hicks : faibles tractions et lenteur dans l'extraction du fœtus semblent résumer la conduite de l'accoucheur. Pourra-t-on objecter les cas graves, les cas pressants, où l'on serait tenté d'agir vite ? Ces cas sont rares, et, tout au moins, Braxton Hicks leur résiste. Que de femmes ont trouvé la mort dans une trop grande précipitation de leur médecin, alors que la partie était gagnée avec du calme et de la patience !

« Faire la version, dit l'auteur quelque part, et
« tout danger est éloigné, si l'on se sert du fœtus
« comme d'un tampon : attendre les contractions,
« remonter les forces pendant ce temps, et lais-
« ser la nature accomplir l'accouchement. »

Depuis une vingtaine d'années, cette méthode a fait des adeptes ; et nous trouvons, en Allemagne surtout, une série de mémoires reproduisant des

succès avérés : Kühn (1868), Pasbender (1872), Martin (1876), Schröder (1877), Kaltenbach (1878), Witzel (1887), Hoffmeier (1882), Behn (1883), Lomer (1884), Wyder (1886), P. Négri (1887), Obermann et Nordmann (1888) l'adoptent avec enthousiasme.

La plupart des cas relevés dans ces mémoires se terminent, en effet, heureusement, et à part une hémorrhagie grave s'étant produite au-dessus du siège du fœtus, comme nous l'a dit Behn, nous voyons l'accouchement, confié aux seules forces de la nature, s'effectuer en un laps de temps qui n'excède pas deux heures en moyenne pour les cas de Hicks, trois heures pour ceux de Behn, rarement davantage, comme Négri en donne quelque observation.

Certes, nous voulons bien croire à la précision de ces statistiques étrangères : et si nous constatons avec regret que la mortalité des enfants se maintient, comme pour la méthode de Leroux, au chiffre navrant de 78 pour 100, c'est avec satisfaction qu'on voit la mortalité, pour les mères, s'abaisser dans des proportions considérables. Avec le tamponnement, sur 100 cas d'hémorrhagies, on comptait 30 à 40 décès; par la méthode de la version combinée, on est arrivé à n'avoir à la Charité, à Berlin, que 7 cas de mort sur 107 cas de placenta *prævia*.

Mais, quoi qu'avancent nos voisins, bien des difficultés persistent. Qu'une fois les membranes rompues, l'hémorrhagie s'arrête, soit; le placenta échappe à de nouveaux tiraillements, si la rupture présente une certaine étendue; mais tous les

cols sont loin d'être également perméables; le placenta *prævia* n'est point uniquement l'apanage des multipares, à cols très mous, courts, et très dilatables; on peut avoir affaire à des cols très résistants, d'une complaisance douteuse, et partant difficiles à traverser.

N'est-ce pas, dans ces circonstances, qu'est recommandée, par Braxton lui-même, la plus extrême lenteur, et alors, comment accepter sans contrôle les deux heures du chirurgien anglais, les trois heures de Behin, comme limite moyenne de la durée de l'accouchement? De pareils cols, non préparés, ne peuvent guère consentir à une dilatation si facile.

Il est vrai qu'un détail, qui n'est pas sans importance, préoccupe les Allemands: faut-il extraire rapidement le fœtus, comme d'aucuns l'enseignent, ou les simples contractions utérines, aidées de quelques faibles pesées sur le membre inférieur de l'enfant, doivent-elles seules entraîner l'accouchement? Dans le premier cas, n'y a-t-il pas à craindre avec Müller, la mort de la femme par collapsus ou anémie cérébrale, et celle de l'enfant par compression des vaisseaux au niveau de l'orifice utérin rétracté? La conduite des seconds nous semble plus sage; c'est elle que nous adopterions, si les circonstances nous forçaient de recourir à cette méthode: elle expose moins à la déchirure des parties maternelles. L'auscultation nous affirmant la vie de l'enfant, nous nous rapprocherions le plus possible de la méthode de Braxton Hicks, n'hésitant point à abandonner les plus faibles tractions, et à laisser

la nature seule accomplir son œuvre, si celui-ci avait déjà succombé.

Au résumé, suppression systématique du seigle ergoté qui a dû bien des fois compromettre le succès de l'intervention ; usage très réservé du chloroforme, que quelques accoucheurs préconisent, et qui, pour nous, offre plus de péril que d'avantages ; lenteur et patience extrêmes dans l'extraction du fœtus, et le procédé rendra des services : il est de ceux qui occupent une place importante dans la trop longue nomenclature des moyens employés contre les hémorrhagies de l'insertion vicieuse du placenta.

Méthode de
Barnes.

Une amélioration s'imposait à la méthode de Braxton Hicks : la dilatation préalable du col destinée à rendre plus aisément accessibles aux doigts les parties fœtales.

Barnes propose alors ses *sacs violons* comme dilateurs : à l'écartement progressif des lèvres, du col ceux-ci doivent joindre une action compressive sur les sinus sanguins déchirés.

La recette paraît bonne, et la voilà lancée non seulement en Angleterre, son berceau, mais aux Etats-Unis, et sur différents points de l'Allemagne. Ces réservoirs sont de volume variable, et l'auteur, après la rupture des membranes, commence par le numéro le plus gros qu'il peut introduire jusqu'à celui qui s'approche de la dilatation complète.

Nous renvoyons aux classiques pour la description de l'appareil en lui-même.

Nous nous demandons seulement si ces déplacements successifs ne retardent pas quelque peu la

marche du travail, et si l'hémorrhagie ne profite pas de ces intervalles de vide pour rendre à nouveau la situation pressante?

La surveillance de chaque seconde que réclame l'état du col, sous l'influence du dilatateur, subitement agrandi, et réclamant un appareil plus vaste, n'est-elle pas une complication dont il faut aussi tenir compte?

Mac-Lean, en 1886, est des plus élogieux pour le procédé anglais : « Il y a bientôt 20 ans, j'ai
« entendu un de nos plus brillants accoucheurs
« dire : Le praticien qui, volontairement, néglige
« de se munir du dilatateur de Barnes, manque à
« ses devoirs vis-à-vis de ses clientes, et, ajoute-
« t-il, je dois me faire l'humble écho de ces paro-
« les, car, malgré ma courte expérience, j'ai déjà
« vu plusieurs existences mises en danger et même
« perdues par le seul manque de ces appareils si
« simples. »

Mais la difficulté que des hommes, même très habiles, ont éprouvé parfois à maintenir en place les sachets, pousse l'auteur à perfectionner l'appareil.

M. Mac-Lean propose un dilatateur se composant de deux poches isolées, mais étroitement accolées et communiquant respectivement avec un tube distinct.

Méthode de
Mac-Lean.

Cette disposition a pour but de permettre de les gonfler séparément. On introduit l'appareil à l'aide d'une pince. On le maintient en place jusqu'à ce qu'il soit suffisamment distendu pour être naturellement maintenu par la pression réactionnelle du col. On distend d'abord une des poches,

et quand la pression paraît diminuer, on distend l'autre.

Nous manquons de chiffres pour apprécier la valeur de cette méthode : aussi bornerons-nous là son étude.

Méthode de
Chassagny.

Le Dr Chassagny, de Lyon, lutte contre l'hémorragie et provoque l'accouchement avec des ballons dilatateurs spéciaux.

Profitant de la curieuse propriété des vessies animales (vessies de porc, etc...) dont la souplesse est telle qu'elles prennent exactement l'empreinte des objets creux dans lesquels on les dilate, M. Chassagny a combiné un appareil curieux qui lui aurait donné de bons résultats.

M. Hubert, de Louvain, a essayé de ce procédé, qui lui a paru bon.

L'élytro-cyste (ainsi s'appelle l'appareil) employé dans une dizaine de cas de placenta prævia, aurait donné lieu à de remarquables succès.

L'avenir dira ce qu'il faut penser de ces tentatives si limitées jusqu'ici.

Mais si les modestes efforts des auteurs de l'élytro-cyste n'ont point déterminé suffisamment ce qu'on pouvait attendre de leurs appareils, du moins le vent était-il à ce genre de dilatateurs, l'ère des perfections commençait, l'arsenal de l'accoucheur allait s'enrichir du précieux ballon de M. Champetier de Ribes.

De l'excita-
teur de
Tarnier.

Par le dilatateur de Tarnier, qui est un tube en caoutchouc fabriqué de telle sorte que son extrémité peut se renfler en ampoule, on arrivait jusqu'en 1878 à provoquer l'accouchement prématuré, ressource ultime que l'on devait définitivement

poursuivre dans les cas graves pour sauvegarder l'existence des mères, peut-être même celle des enfants.

L'appareil, une fois mis en place, était un ballon du volume d'un œuf de poule environ, situé au-dessus de l'orifice interne, et ne pouvant sortir qu'en dilatant sur son passage toutes les parties du canal génital qu'il traversait.

Dans un grand nombre de cas, l'utérus, mis en train, continuait à se contracter, et la dilatation se faisait plus ou moins lentement, mais sans arrêt, et la parturiente expulsait le ballon.

Dans d'autres cas, et chez les multipares surtout, l'utérus, après avoir expulsé le ballon, satisfait sans doute de s'être débarrassé de ce corps étranger qui le gênait, cessait de se contracter : tout travail s'arrêtait alors, et tout était à recommencer.

D'autre part, le ballon expulsé présentait un diamètre de 4 centimètres, par exemple, et quand on pratiquait le toucher immédiatement après son expulsion, on trouvait un orifice qui, presque toujours, avait des dimensions beaucoup moindres.

C'est que les parois du ballon sont très souples, très minces, que le ballon se lamine pour passer à travers le canal cervical, et sort par des orifices dont le diamètre est beaucoup inférieur à celui du ballon qu'on mesure alors qu'il n'est point comprimé.

Ne pouvait-on dès lors employer des ballons plus volumineux, ne changeant point de forme sous l'influence des pressions qu'ils ont à supporter, et moins exposés à se rompre?

C'est guidé par cette pensée que M. Champetier de Ribes propose son ingénieux appareil.

Du ballon de
Champetier
de Ribes.

Ce ballon doit être imperméable et inextensible; imperméable, pour se mettre à l'abri du passage du liquide dans la cavité utérine; inextensible, pour ne point dépasser certaines dimensions. Ces indications, la maison Galante les remplissait d'une façon parfaite, en insinuant une poche de tissu inextensible entre deux couches imperméables de caoutchouc, ce qui donnait à l'appareil le double avantage de la souplesse et du glissement.

Ces ballons ont la forme d'un cône allongé de 10 à 12 centimètres de hauteur, s'abouchant avec un tube d'un centimètre de diamètre, et de 20 centimètres de long; un robinet est fixé sur le trajet du tube.

Leurs dimensions varient depuis 24 à 25 centimètres de circonférence dans leur partie la plus large, jusqu'à 30 et 32 centimètres.

Mais nous limitons ici les détails qu'exigerait la description plus complète de l'appareil; les règles qui président à son introduction dans la cavité utérine seront exposées plus loin, avec le manuel opératoire.

Le ballon de M. Champetier de Ribes devant tenir une large place dans l'exposé du traitement des hémorrhagies, tel qu'on l'entend dans le service de M. le professeur Pinard, nous occupera longuement encore dans la troisième partie de notre travail.

CHAPITRE III

MÉTHODE DE M. PINARD.

Les hémorrhagies provoquées par une insertion vicieuse du placenta peuvent se produire au cours de la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.

1^o Pendant la grossesse.

Il est très rare que les accidents éclatent avant le septième mois de la grossesse. Jusque-là, le segment supérieur de l'utérus s'était développé sans entraîner de troubles dans les rapports du placenta avec le tissu utérin ; à cette époque, de nouveaux phénomènes entrent en ligne ; le segment inférieur se distend, et comme le dit Jacquemier, les deux organes ne sont plus destinés à bien vivre ensemble. Ce sont tout d'abord des hémorrhagies légères, intermittentes, dont nous avons donné la description dans une autre partie de notre travail.

Dès lors, toute l'attention de l'accoucheur s'impose ; quelques gouttes de sang aujourd'hui peuvent être le prélude d'accidents formidables demain.

C'est un axiome et la vie des femmes en dépend.

Contre ces hémorrhagies légères, les moyens généraux réussiront le plus souvent d'abord à diminuer, puis à arrêter tout écoulement sanguin. On condamnera la malade au repos le plus absolu, en lui recommandant de ne faire aucun mouvement dans son lit, en particulier de ne pas s'asseoir, le décubitus horizontal sera parfaitement observé; la tête placée sur un oreiller d'un volume médiocre, le siège, au contraire, situé sur un plan plus élevé que le reste du corps.

L'accoucheur devra demander ensuite à un palper rapide la nature de la présentation; est-elle transversale, une version par manœuvres externes s'impose, car, en raison même du mécanisme de l'hémorrhagie, mécanisme expliqué précédemment, une présentation longitudinale seule pourra favoriser l'arrêt de l'écoulement sanguin.

Injectons
vaginales
très chaudes.

Les injections vaginales très chaudes ont des propriétés hémostatiques puissantes, et c'est à elles qu'il faut s'adresser sans retard. A la clinique Baudelocque, on emploie les solutions de biiodure de mercure à 1/2000; les solutions d'acide phénique à 1/100, de naphтол, d'acide borique, l'eau simple à la rigueur, rendraient les mêmes services; peu importe la nature du liquide, pourvu que la température en soit élevée (48°). On en fera passer plusieurs litres dans la cavité vaginale, jusqu'à ce que le liquide de retour soit dépourvu de toute coloration douteuse.

L'arrêt de l'hémorrhagie sera la conséquence fréquente de ce traitement facile, dont nous avons

pu apprécier bien souvent les grands avantages.

On a préconisé, dans certains cas, les opiacés, administrés sous forme de potions, ou mieux sous forme de lavements laudanisés, qu'on pourra répéter plusieurs fois par jour, jusqu'à concurrence de 60 à 100 gouttes, ou bien sous forme de chlorhydrate de morphine, en injections hypodermiques.

On ne devra pas non plus négliger le côté moral, car une perte, quelle qu'elle soit, au milieu d'une grossesse, constitue un phénomène anormal, dont s'inquiètent rapidement les malades et leur entourage. Mais tous ces moyens, il faut bien le dire, sont plutôt palliatifs, et l'accoucheur doit se tenir en garde contre des accidents qui nécessiteront de sa part une intervention beaucoup plus active.

Ces accidents éclatent : l'hémorrhagie vient de prendre des proportions inquiétantes, ou, par des retours offensifs, des pertes légères, mais anciennes, ont affaibli la femme ; le visage est pâle, le pouls rapide, la syncope menaçante ; il faut agir sans hésitation, car, dès maintenant, deux existences sont en péril.

La rupture artificielle des membranes est une des plus anciennes méthodes. Mauriceau d'abord, Puzos ensuite l'avaient tellement indiquée, qu'elle est restée connue sous le nom de méthode de Puzos.

Effrayé, d'une part, des résultats fournis par l'accouchement forcé, alors en honneur ; frappé, d'autre part, de ce que très souvent l'hémorrhagie s'atténue quand les contractions utérines sont

Rupture
artificielle
des mem-
branes.

plus énergiques; surpris enfin que dans le cas d'insertion vicieuse, le travail avait une lenteur telle qu'il en résultait souvent une inertie plus ou moins complète, Puzos proposa le moyen suivant :

« Il faut, dit-il, introduire un ou plusieurs doigts
« dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'é-
« carter par des degrés de force proportionnels
« à sa résistance. Cet écartement gradué, inter-
« rompu de temps en temps par du repos, fait
« naître des douleurs; il met la matrice en action;
« l'un et l'autre font gonfler les membranes qui
« contiennent les eaux et l'enfant. L'attention,
« pour lors, doit être d'ouvrir les membranes le
« plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement
« des eaux; parce que l'écoulement diminue déjà
« l'écartement de la matrice, qu'il fournit à cette
« partie le moyen de se contracter, et de s'empa-
« rer de l'espace qu'elles occupaient dans sa cavi-
« té. »

L'erreur était profonde, et l'ignorance du véritable mécanisme de l'hémorrhagie manifeste.

M. Pinard, en mettant sur le compte des tiraillements subis par les membranes, dans les cas d'insertion vicieuse, l'hémorrhagie des derniers mois de la grossesse, a donné la véritable explication de l'arrêt de l'écoulement sanguin à la suite de la rupture de l'œuf.

« Il faut rompre, dit-il, les membranes, car ce
« sont elles qui, en tiraillant le placenta, le décol-
« lent, et provoquent les pertes; mais il ne suffit
« pas de rompre les membranes, il faut les rom-
« pre largement; la perforation seule ne laissant

« après elle qu'un trou circulaire, très petit, fait
« que l'hémorrhagie persiste, on l'a vu. Il faut
« l'éclatement, la rupture sur une large étendue. »

Dès lors, la région fœtale ne peut appuyer sur les membranes ; de là, suppression de ces tiraillements dangereux, dont la conséquence fatale est le décollement du placenta ; en un mot, plus de tiraillement, plus d'hémorrhagie.

« Je suis très affirmatif, dit Pinard, et je n'ignore
« pas que j'assume une lourde responsabilité ;
« mais depuis que j'emploie ce procédé, je n'ai
« pas vu une femme mourir d'hémorrhagie. »

Quel sera le manuel opératoire ? Des plus simples.

Toutes précautions antiseptiques prises, introduire un ou deux doigts dans le vagin, ou au besoin la main entière ; examiner attentivement toute l'étendue du segment inférieur, et savoir de quel côté se trouve le placenta ; pousser enfin un doigt jusqu'à l'orifice interne, et dilacérer les membranes, soit avec l'ongle, soit avec un perce-membrane.

Faut-il redouter encore la présence d'un placenta central ? Non, car le cas est exceptionnel, pour ne pas dire invraisemblable.

La large rupture des membranes est une opération facile, et d'une efficacité qui a fait ses preuves ; facile, grâce à la nature des cols qu'on traverse, cols de multipares en général, au terme de leur grossesse, et partant cols dilatés ou très perméables ; intervention efficace, puisque dans 66 cas de placentas prævia, avec hémorrhagies graves, M. Pinard a fait 66 fois la large rupture

des membranes, et que 62 femmes ont été sauvées. Trois sont mortes de septicémie: on avait tamponné en ville; une autre avait été tamponnée avec beaucoup de soins et d'antisepsie par son médecin; l'hémorrhagie se fit néanmoins à l'intérieur, et la femme succomba (*Union médicale*, 1890).

Avec le tamponnement, l'accoucheur n'est pas à l'abri des hémorrhagies internes, de trop nombreuses observations l'ont prouvé; l'intervention est plus longue et demande plus d'appâts; alors même qu'il aurait sous la main un tampon classique, n'aurait-il pas à craindre la septicémie à brève échéance?

La rupture des membranes est une méthode simple, à la portée de tous, pour laquelle un doigt suffit; on ne connaît encore à son actif ni pertes internes, ni complications infectieuses; elle provoque l'accouchement sûrement, c'est ce qu'on lui reproche, à une époque où l'enfant n'a pas les chances de vie qu'il aurait plus tard; mais la gravité des accidents n'excuse-t-elle assez l'accoucheur, s'il assure plutôt alors l'existence d'une femme adulte que la vie d'un enfant dont le sort est problématique?

Ballon de
Champetier
de Ribes.

Il est des cas enfin où la déchirure des membranes est insuffisante; l'hémorrhagie persiste, l'état général de la femme fait prévoir les plus grands dangers. C'est au terme de la grossesse et surtout au moment du travail que se présentent ces cas presque foudroyants. Jusque-là, le tiraillement des membranes était seul cause de l'hémorrhagie; maintenant le placenta se décolle, les

parties fœtales qui s'engagent le repoussent devant elles, et les vaisseaux béants saignent à plein calibre.

Tous les auteurs sont d'accord sur la conduite à tenir : il faut terminer le plus rapidement possible l'accouchement. Mais où les contradictions commencent, c'est quand il s'agit de déterminer le mode d'intervention.

Nous condamnons absolument tous les moyens incertains et même dangereux, destinés, comme nous l'avons exposé précédemment, à provoquer le travail : une seule méthode tenterait peut-être le chirurgien, la version suivant les préceptes de Braxton Hicks. Nous ne discutons pas la possibilité et l'utilité de cette manœuvre auprès d'utérus complaisants, mais, en somme, ces cas sont rares, exceptionnels même, et il faut songer aux désordres qu'entraîne fatalement l'accouchement forcé sur des cols non dilatés ou peu dilatables.

C'est dans ces circonstances que M. Pinard s'est servi avec tant de succès du ballon de M. Champetier de Ribes.

Poussé directement dans l'intérieur de la cavité utérine, cet appareil, jusque-là resté vide, peut y subir un gonflement capable de le développer sur toute l'étendue du segment inférieur. Il est facile de prévoir dès lors ce qu'il produira : l'arrêt de l'hémorrhagie par pression directe sur les vaisseaux déchirés. Le placenta, décollé le plus souvent à la fin de la grossesse par la partie fœtale qui se présente, repoussé par elle vers le centre et à travers même les lèvres de l'orifice utérin, sera, lors de l'expansion du ballon, remis, pour ainsi

dire, en place, et refoulé vers un des côtés de l'organe gestateur.

L'appareil dilaté, exerçant une double pression, l'une de haut en bas, l'autre dans un sens transversal, contribuera rapidement, non seulement à arrêter l'hémorrhagie, mais encore à provoquer le travail. Comme le démontrent nos observations, cette double influence se manifeste presque aussitôt. Et pourrait-il en être autrement, si l'on se rend un compte exact de la pression puissante exercée sur le segment inférieur, et de sa nature de corps étranger volumineux ?

Mais la forme du ballon semble devoir augmenter encore le nombre de ses avantages.

Tandis que les sacs-violons de Barnes, l'excitateur de Tarnier, et tant d'autres appareils destinés à provoquer le travail, ne peuvent, par leur volume et leur forme, être maintenus dans un col qui se dilate, le ballon de Champetier, par l'étendue de ses diamètres, échappe aux efforts expulsifs de l'utérus, tant que la dilatation n'est complète. Les premiers, tombés dans le vagin aux premières douleurs, cessent d'irriter l'organe, et le travail, mis en train, s'arrête bien souvent, si l'on n'a soin de réintroduire des numéros supérieurs ; le second, par les changements de volume qu'on lui imprime, par les tractions auxquelles on peut le soumettre, ne cesse de provoquer des contractions énergiques.

Il ne peut échapper à l'utérus que lorsque le col est suffisamment dilaté pour livrer passage à ses parties les plus larges ; or, M. Champetier, en basant les limites de la circonférence de son appa-

reil sur les mensurations normales d'une tête d'enfant à terme, rendait, à la chute du ballon dans le vagin, les voies larges à l'expulsion du fœtus.

Était-ce tout ? Nous ne le pensons pas ; et l'accoucheur, ayant en main cet appareil si simple et d'une application relativement si facile, pouvait se considérer comme maître de hâter ou de retarder le travail, maître de fixer à son gré l'heure de la délivrance. En retirant et en introduisant tour à tour du liquide, on diminue ou on augmente l'énergie des contractions utérines, et rien n'est plus simple que d'imprimer au travail la marche que réclament les circonstances.

Il est des cas enfin où l'on attend l'expulsion du ballon pour intervenir. Quand l'obscurité des battements cardiaques dénote les souffrances de l'enfant ; quand des pertes abondantes ont affaibli la femme, et nécessitent un repos immédiat pour elle ; quand l'engagement se fait mal, ou ne se fait point, une intervention s'impose.

N'est-ce pas alors un simple jeu, qu'une application de forceps ou une version dans un utérus dont l'accès est si parfaitement préparé ?

Ce qui précède étonnera bon nombre d'accoucheurs ; mais nous irons à l'avance de leurs objections. Objections possibles

1^o Le col, dira-t-on, n'est pas toujours assez perméable pour laisser les pinces porte-ballon pénétrer dans la cavité utérine ; des déchirures peuvent se produire ; il faut renoncer à la manœuvre, et, durant ce temps, le péril n'a fait que s'accroître.

R. — Nous n'avons jamais rencontré cet obstacle.

L'insertion vicieuse et ses accidents mettent l'accoucheur le plus souvent en présence de multipares, parvenues au septième ou huitième mois de leur grossesse, à cols courts et très perméables ; aurait-on affaire à des primipares, que la résistance serait vaine. L'observation I prouve assez qu'à 5 mois $1/2$ de grossesse, un ballon a pu être poussé sans encombre dans la cavité utérine. Nous ne connaissons point de cas où l'on ait échoué.

2° Le placenta central s'oppose à l'introduction de l'appareil ; et la tenter, serait s'exposer à un décollement plus considérable et à des accidents fort graves.

R. — Nous ne croyons pas, avec M. Pinard, à cette insertion centre pour centre. Les preuves de son existence sont moins que précises, et les cas considérés comme tels doivent être mis sur le compte d'une erreur de diagnostic.

On est toujours arrivé sur les membranes ; et en inclinant les pinces, le siège du placenta connu à l'avance, on parvient à fuir les parties épaisses et dangereuses, et à pénétrer dans l'utérus.

3° L'obliquité parfois extrême de l'utérus gravide ne rend-elle point douloureuse et impraticable la recherche du col si profondément en arrière, et la pénétration des pinces à travers ses lèvres ?

R. — L'objection est sans importance, car sous le chloroforme, ou par l'anesthésie locale, la

manœuvre a toujours été des plus simples et des plus heureuses.

4° Le volume considérable du ballon peut entraîner des mutations de présentation, et en repoussant la tête ou le siège, transformer une présentation longitudinale en une transversale.

R. — C'est possible; mais oublie-t-on que l'insertion d'un placenta sur le segment inférieur est déjà un obstacle à une présentation régulière? De plus, l'engagement est tardif, quelquefois nul, et la partie fœtale qui se présente peut ne subir qu'un bien faible déplacement, si l'on a soin, comme l'a recommandé M. Pinard, de n'injecter que progressivement l'appareil.

Enfin, le cas est grave; arrêter l'écoulement sanguin devient l'unique préoccupation de l'accoucheur, qui peut, après l'expulsion du ballon, profiter des voies larges qui s'offrent à lui pour rectifier l'attitude du fœtus, ou l'extraire par le forceps ou par la version.

5° Le tamponnement vaginal a bien des fois arrêté l'hémorrhagie; les déplacements du fœtus n'existent plus, et le travail ne tarde pas à se déclarer.

R. — Nous avons trop insisté sur les inconvénients du tampon pour y revenir ici; nos méfiances, pour la méthode reposent sur la notion exacte du mécanisme de l'hémorrhagie, contre laquelle le tampon ne peut rien: l'infidélité du traitement, les hésitations des statistiques le prouvent.

Le tampon ne provoque point sûrement le travail, et alors même que les contractions utérines

apparaîtraient, il n'est pas inévitable que la femme accouche, il est moins inévitable encore qu'elle accouche vite.

Le souvenir des septicémies, en pleine époque listérienne, le souvenir des hémorrhagies internes, les difficultés du mode opératoire expliquent assez ce que nous pensons du traitement de Leroux.

L'introduction du ballon a toujours déterminé l'arrêt de l'écoulement sanguin ; il a toujours provoqué le travail et entraîné l'accouchement dans un laps de temps qui n'excède point 19 heures et demie comme maximum, et 2 h. 45 comme minimum ; son asepsie parfaite et facile l'a mis et le mettra désormais dans l'impossibilité de produire le moindre accident.

Manuel
opératoire.

Étudions à présent le mode opératoire.

En dehors du ballon, il faut une pince, une certaine quantité de liquide, de la vaseline, une seringue, du fil à ligature, une pince à forci-pression.

1^o *Pince*. — Pince longue, mesurant 0,29 centimètres, et présentant une courbure antéro-postérieure analogue à celle du conducteur de M. Tarnier. De plus, les mors sont courbés sur le plat, de telle sorte que quand la pince est serrée, ils interceptent entre eux un espace qui a la forme d'un fuseau très allongé dans lequel se loge le ballon plié. Mais cette pince n'est pas indispensable, et M. Pinard s'est servi bien des fois d'une pince courbe quelconque.

Liquide. — Parmi les liquides antiseptiques, de Ribes emploie la solution phéniquée à 1 pour 100, parce qu'elle n'altère pas le caoutchouc, et

que, si le ballon crève, son contenu peut, sans inconvénient, se répandre dans une portion quelconque du canal génital. Il faut quelques litres de cette solution.

Vaseline. — Trente grammes de vaseline boriquée ou phéniquée à 1 pour 100 suffisent.

Seringue. — Il est commode d'avoir une seringue graduée d'une capacité de 150 à 200 grammes au moins, de façon à ne pas être obligé de la recharger trop souvent pendant le remplissage du ballon. Mais une seringue d'un autre modèle suffirait.

Fil à ligature. — Il est prudent de placer un fil ou une pince hémostatique sur le tube de remplissage, de façon à ce qu'il ne suffise pas de tourner le robinet pour que le ballon se vide.

Il faut au moins deux aides : l'un, pour le chloroforme, qui n'est pas indispensable, mais qui, chez certaines femmes nerveuses, facilite l'introduction ; l'autre, pour injecter la solution, pendant que l'opérateur maintient l'appareil.

Avant l'opération, on aura soin de distendre à son maximum le ballon, d'abord pour éprouver la résistance de ses parois, et ensuite pour connaître la quantité de liquide que ce remplissage complet réclame ; on sait que la circonférence du ballon possède alors 6,33 centimètres. En retirant successivement des quantités connues de liquide, et en mesurant chaque fois la nouvelle circonférence, on pourra, le ballon une fois mis en place, modifier à son gré son volume, et connaître l'étendue de la dilatation utérine correspondante à chacune de ces formes.

Le ballon est lavé, brossé dans une solution phéniquée forte; il est vidé complètement de liquide et d'air.

Il faut alors le plier de façon à ce qu'il présente le moins d'épaisseur possible; en le roulant, on efface tous ses plis.

La parturiente est ensuite amenée sur le bord du lit; les jambes écartées et fléchies sont maintenues par des aides. Une toilette parfaite de la vulve et de la cavité vaginale est indispensable. L'opérateur, après un lavage rigoureux de ses deux mains et de ses avant-bras, introduit deux doigts de sa main gauche dans le vagin, et va à la rencontre du col; l'élévation du siège de la femme favorise cette manœuvre; le col légèrement ramené en avant, la main gauche en forme de gouttière, l'opérateur glisse directement avec la main droite les pinces et le ballon enduits de vaseline vers l'orifice externe.

Dès maintenant, la plus extrême lenteur doit être la règle de conduite du chirurgien; connaissant le point du segment inférieur où siège le placenta, c'est vers les membranes qu'est dirigée l'extrémité des pinces; celles-ci, grâce à la perméabilité du col, rencontrent le plus souvent une bien faible résistance, et arrivent dans la cavité utérine. La sensation qu'éprouve la main conductrice ne permet plus de doute; il ne reste qu'à désarticuler les pinces et à les retirer lentement, sans déplacer le ballon.

L'accoucheur doit maintenir la main dans la cavité vaginale, autant pour s'opposer à la sortie du ballon pendant son gonflement, que pour sur-

veiller ce qui se passe alors du côté du segment inférieur; cette surveillance est de règle.

Un aide pousse le liquide lentement dans le tube de remplissage, en quantité variable, suivant les cas, mais il est rare qu'on n'introduise point de suite deux seringues au moins, soit 400 grammes environ; le robinet du tube est ensuite fermé et une pince appliquée sur lui par mesure de prudence au-devant de la vulve.

Sous l'influence de cette dilatation, le ballon est, comme le dit Pinard, avalé par l'utérus, et il n'y a plus à craindre son retour dans la cavité vaginale avant une dilatation du col correspondante au volume qu'on lui donnera.

La présence de ce corps étranger produit presque instantanément : l'arrêt de l'hémorrhagie par pression directe sur le placenta décollé, et des contractions utérines violentes, début d'un travail dont la terminaison ne se fera guère attendre.

Nous répéterons enfin que l'accoucheur, en introduisant et en retirant tour à tour une certaine quantité de liquide, peut désigner pour ainsi dire à son gré la marche de ce travail, et prédire l'heure de l'accouchement.

Telle est la méthode; sept hémorrhagies graves liées à de l'insertion vicieuse ont, depuis un an, nécessité son emploi.

Voici le résultat des observations que nous publions à la fin de notre travail.

Nous trouvons tout d'abord des grossesses antérieures chez six femmes; une seule est primipare : ce fait donne raison aux moyennes publiées par

notre maître, qui reconnaît précisément cette proportion.

Trois fois, les accidents sont survenus au huitième mois de la grossesse, trois fois au septième et dans un cas l'hémorrhagie s'est produite à cinq mois et demi.

Les sept femmes ont été soumises au même traitement : large rupture des membranes et ballon de Champetier. Six ont guéri sans complications ; une est morte de septicémie, due à une tumeur utérine dégénérée, après avoir été mise hors danger pour l'accident qui l'avait amenée à la clinique. Donc sept femmes traitées, sept succès.

Pour ce qui concerne les enfants, sur sept, quatre vivants et bien portants, un cinquième était macéré ; deux sont venus mort-nés, les mères étant rentrées dans le service, déjà très affaiblies.

Enfin, quelle a été la durée du travail, depuis l'introduction du ballon jusqu'à la dilatation complète et son expulsion dans le vagin ?

Observation I. — 19 heures 1/2.

Observation II. — 6 h. 10 minutes.

id. III. — 2 h. 1/2.

id. IV. — 9 h. 1/2.

id. V. — 3 h.

id. VI. — 3 h. 3/4.

id. VII. — 2 h. 45.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires ; ils disent assez quel sera l'avenir de la méthode.

2° Pendant le travail.

Les indications sont les mêmes que pendant la grossesse; aussi ne reviendrons-nous pas sur ce que nous avons exposé avec détails précédemment.

3° Après l'accouchement.

Après l'expulsion du fœtus et celle du délivre, le rôle de l'accoucheur n'est point fini; s'éloigner de la femme serait de sa part la plus extrême imprudence.

L'utérus a perdu une grande partie de sa contractilité et de sa rétractilité au niveau de son segment inférieur, et l'hémorrhagie est de nouveau menaçante.

L'ergot est à rejeter systématiquement; le traitement par excellence de ces pertes consiste dans des injections chaudes (48°) d'eau simple ou mieux antiseptiques, dans l'intérieur même de la cavité utérine; il est prudent de les employer dans tous les cas, sans attendre que les accidents surviennent, avant même l'expulsion du délivre, qu'elles facilitent, en excitant les contractions de l'organe.

Le champagne frappé, les injections d'éther, l'enveloppement des membres inférieurs dans une épaisse couche d'ouate, seraient des moyens à ne point négliger dans des circonstances graves.

OBSERVATION I

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta à cinq mois et demi de grossesse. Rupture artificielle des membranes. Application du ballon de M. Champetier de Ribes. Etat général grave. Irrigation continue. Guérison.

Le 2 octobre 1890, la femme P..., ménagère, âgée de 29 ans, entre à la clinique Baudelocque, enceinte pour la septième fois.

Son père est mort à 53 ans, et sa mère, encore vivante, jouit d'une robuste santé; elle-même a marché de bonne heure et toujours bien marché; réglée à l'âge de 13 ans, ses périodes se sont reproduites depuis à époques fixes. Elle a eu une fièvre typhoïde à huit ans; une péritonite un mois et demi après son premier accouchement; enfin, des coliques de plomb à 19 ans. Employée dans une imprimerie, et sans cesse fatiguée, elle dut cesser d'en manier les caractères il y a sept ans environ.

Ses six grossesses antérieures se sont terminées spontanément et à terme, et à part son troisième accouchement, qui fut précédé d'une hémorrhagie assez abondante, qui entraîna l'expulsion d'un enfant mort-né, nous n'avons rien de spécial à signaler.

Il n'en est plus de même pour sa grossesse actuelle, dont il est tout d'abord difficile de fixer le début, la malade ignorant l'époque de ses dernières règles, ainsi que celle des mouvements actifs. L'utérus à 28 centimètres de hauteur.

La malade se plaint de nombreux étourdissements, qui se sont surtout accusés depuis le 15 octobre. En même temps, on voit apparaître de la fièvre, de la fatigue, de la pâleur, un certain nombre d'accidents dont on méconnaît la cause, et qui, allant en s'aggravant, engagent cette femme à rentrer à l'hôpital.

Le 1^{er} novembre. — Légère hématomèse, d'un demi-verre environ. A l'examen, rien d'anormal, si ce n'est que l'utérus se contracte d'une façon permanente; aucun engagement: bassin bien conformé. Pas d'albumine.

Envoyée au dortoir des femmes enceintes, cette femme y est prise de douleurs, qui exigent son admission à la salle de travail, le 2 novembre 1890, à 5 heures et demie du matin.

Au palper, mêmes signes que la veille; au toucher, on s'aperçoit que le col est en voie d'effacement. On fait une toilette et on met du coton antiseptique sur la vulve.

Une heure après, on trouve sur le coton quelques gouttes de sang. A 9 heures du matin, au moment de la visite, on examine la femme, et à partir de ce moment, soit sous l'influence du travail, soit du fait de l'examen, il se produit une hémorrhagie assez abondante qui engage M. le professeur Pinard à intervenir.

Il rompt largement les membranes, et, à ce moment, au lieu d'employer la version mixte impossible dans ce cas, M. Pinard introduit le ballon de M. Champetier pour produire une compression au niveau du col, et recommande, si la femme perd à nouveau, d'exercer des tractions sur le ballon.

Au moment de l'introduction du ballon, la femme avait comme T. 37°,8 et 124 pulsations radiales.

A deux heures et demie du soir, 2 novembre, on retire 80 grammes de liquide.

A cinq heures et demi du soir, on injecte 160 grammes dans le ballon.

La femme ne perd plus dans la soirée et la nuit, mais à quatre heures et demie du matin, il se fait une légère hémorrhagie, et on fait des tractions sur le ballon, qui s'engage davantage, et réveille les contractions.

Il tombe dans le vagin à 4 heures 45 ; la femme perdant toujours, on le retire du vagin sous les contractions utérines.

Pas d'hémorrhagie après son extraction.

Le fœtus suit le ballon aussitôt, et se présente à la vulve par une épaule ; expulsion à 4 heures 50 d'un fœtus mort et légèrement macéré.

Le placenta est trouvé dans le vagin tout de suite après l'expulsion du fœtus ; on fait l'extraction simple du délivre, la femme perd aussitôt, mais l'hémorrhagie dure à peine quelques secondes.

Durée totale, depuis l'application du ballon jusqu'à son expulsion = 19 heures et demie.

L'enfant pèse 530 grammes ; le placenta 180 grammes ; les membranes sont complètes, et leur mensuration donne 25 sur 6, ce qui prouve que le placenta empiétait sur le col.

Les suites de couches sont moins simples que de coutume ; pendant 24 heures, la température

reste un peu élevée; mais la malade est mise immédiatement à l'irrigation continue.

Le 3 novembre. — La température se maintient dans les 38°,8.

Le 4. — Même état, continuation de l'irrigation.

Le 5 novembre. — A une heure du matin, le thermomètre ayant définitivement baissé, on suspend le traitement.

La femme sort de la Clinique le 16 novembre 1890, complètement rétablie.

Cette observation ne manque point d'intérêt. C'est tout d'abord une hémorrhagie grave survenant avant le sixième mois de la grossesse, fait exceptionnel, nous l'avons expliqué en traitant du mécanisme qui produit l'écoulement sanguin.

De plus, si M. Pinard, n'écoutant que les conseils classiques, avait tenté la manœuvre de Braxton Hicks, le pronostic devenait plus sombre car le résultat fatal était une vaste déchirure du col et du segment inférieur. Malgré l'âge peu avancé de la grossesse, malgré l'état du col, qui devait offrir une certaine difficulté à l'introduction des pinces porte-ballon, ce dernier a pu pénétrer dans la cavité utérine; l'hémorrhagie s'arrêtait presque immédiatement, et le travail marchait d'une façon régulière. Les quelques phénomènes fébriles qui suivirent l'accouchement peuvent-ils être mis sur le compte de la méthode elle-même? Non, bien certainement. Le fœtus était macéré, et après la déchirure des membranes, rien ne s'opposait à l'arrivée de l'air et à un début de putréfaction. Si la dilatation complète ne se produisait enfin qu'après 19 h. 1/2 de tra-

vail, il fallait accuser sans hésitation l'époque où l'on intervenait; quel procédé aurait agi plus vite et plus sûrement ?

OBSERVATION II

Marie T..., 34 ans, entre à la clinique le 19 avril 1891. Elle est enceinte pour la troisième fois. Excellents antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 15 ans, ses périodes reviennent à intervalles réguliers. Enceinte une première fois en 1881, sa grossesse a été normale, et s'est terminée par la mise au monde d'un enfant de volume normal, qui vit encore. Un an après son premier accouchement, péritonite qui dura, dit-elle, six semaines; deuxième grossesse en 1885, dont la terminaison donne lieu de nouveau à quelque inflammation du péritoine.

Le début de la grossesse actuelle remonte à 7 mois. Quinze jours avant son entrée, la malade perd du sang pendant une heure. L'écoulement s'est arrêté de lui-même; mais le 19 avril, à 10 heures du matin, nouvelle hémorrhagie plus abondante que la première.

A l'examen, pas d'œdème, pas de varices; parois abdominales très épaisses, utérus tendu; pas d'engagement; le palper ne permet point de faire le diagnostic de la présentation. Bassin normal; à l'auscultation, bruits sourds au niveau de l'ombilic.

19 avril, 2 heures soir. — Cette femme accuse une perte abondante précédant son entrée à la

clinique, un examen très prudent donne lieu à un léger écoulement sanguin. A 3 h. 45, elle perd encore, mais une injection antiseptique chaude arrête l'hémorrhagie ; à 5 heures nouvelle perte ; jusqu'alors, cette femme n'avait éprouvé ni éblouissements, ni vertiges.

A 5 h. 1/2, devant la persistance des accidents, M. Pinard rompt largement les membranes, et introduit ensuite le ballon de M. Champetier. Il est alors 6 heures.

Le palper avait donné jusqu'ici des résultats négatifs, dus à l'extrême tension des parois. Par le toucher, on constate que l'excavation est vide ; le col est dévié à gauche et très haut ; le cul-de-sac latéral droit est effacé, et l'on sent une tumeur assez volumineuse et mollassse, qu'on pense être le placenta ; la partie fœtale est très élevée.

M. Pinard, en introduisant le ballon, sent la tête dans la fosse iliaque gauche ; après l'introduction du ballon, la perte s'arrête ; le travail marche rapidement, et à minuit 10 minutes le ballon est expulsé, et le fœtus se présente par le sommet.

Liquide amniotique abondant et de couleur normale ; la durée de la période d'expulsion ne dépasse pas 10 minutes. Lésions vulvo-périnéales, nulles. Pas la moindre hémorrhagie entre l'expulsion du fœtus et la délivrance qui se fait naturellement à 12 h. 35.

Les suites de couches sont marquées par une légère élévation de température et quelques frissons qui cèdent à l'irrigation continue et au sulfate de quinine.

Le 30 avril, la malade est en parfaite voie de guérison, et elle quitte la clinique le 18 mars, entièrement rétablie.

L'enfant pèse 2330 grammes, mais vient mort-né.

La mensuration des membranes donne 37 sur 0 ; c'était donc une insertion marginale ; le placenta a une forme circulaire, et pèse 450 grammes.

OBSERVATION III

Caroline C..., 37 ans, couturière, se présente dans le service le 30 avril 1891. Rien à noter comme antécédents de famille ; réglée à 13 ans, elle perd depuis à intervalles irréguliers et abondamment. Elle s'enrhume facilement, et présente des abcès froids de la fesse et deux fistules de l'anüs.

Elle est enceinte pour la sixième fois.

Première grossesse en 1877, fausse couche de 3 mois.

Enceinte de nouveau au bout de trois mois, elle fait une fausse couche de six semaines.

Troisième grossesse, en 1879, enfant ne présentant pas le sommet, à terme, et vivant, succombe après six semaines.

Quatrième grossesse en 1881, accouchement à terme et spontané ; enfant vivant.

Cinquième grossesse, en 1889, normale, enfant vivant, à terme, accouchement spontané. L'enfant est mis en nourrice et meurt 15 jours plus tard.

Le début de la grossesse actuelle remonte au 13 août 1890 ; la parturiente est donc au huitième mois.

A l'examen, ni œdème ni varices des membres inférieurs ; présentation du sommet en gauche transversale. M. Pinard constate que le bassin est asymétrique, moins développé à droite qu'à gauche.

Il constate en outre que la paroi vaginale droite est refoulée par une collection qui communique probablement avec l'abcès froid de la fesse.

Pas d'albumine dans les urines.

A 3 heures du soir, la parturiente a quelques douleurs, et perd une assez grande quantité de sang. On se décide à rompre largement les membranes ; les doigts pénètrent très aisément dans le col, et arrivent sur un cotylédon. La femme continuant de perdre, on introduit le ballon de M. Champetier.

Il est alors 4 h. 1/4 ; le ballon, distendu au maximum, fait naître de très violentes douleurs vers les 5 heures, et est expulsé à 6 h. 45 minutes.

Cette expulsion est accompagnée de quelques caillots, et d'une très légère quantité de sang liquide ; au toucher, on constate la présence d'un cotylédon poussé par la tête qui se présente. On parvient à refouler cette masse placentaire. L'auscultation donnant ensuite des craintes sur l'état de l'enfant, on croit devoir appliquer le forceps. Mais les efforts de la femme ne donnent point le temps d'introduire la deuxième branche, et l'expulsion du fœtus a lieu à 8 heures. La durée de cette période d'expulsion a été de 1 h. 1/4 ; pas

de lésions vulvo-périnéales ; plus de trace d'écoulement sanguin.

Durée totale du travail, 5 heures 20.

Extraction simple du placenta à 8 heures 40, soir.

Enfant pesant 2600 grammes, et vivant.

Le placenta pèse 490 grammes.

Mensuration des membranes 39 sur 0.

OBSERVATION IV

Madame X..., couturière, entre à la Clinique le 21 septembre 1891. Père vivant et bien portant. Mère morte suite de couches. La parturiente a toujours bien marché, mais réglée très tard, à 19 ans, elle n'a jamais eu ses périodes que d'une façon très irrégulière, tous les deux ou trois mois. Comme antécédents pathologiques, nous relevons la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, et à différentes reprises, des pertes blanches.

Cette femme est enceinte pour la deuxième fois et sa première grossesse s'est terminée à terme spontanément, d'un enfant bien portant qui vit encore.

Pour ce qui concerne sa grossesse actuelle, elle a eu ses dernières règles fin janvier 1891, a senti son enfant remuer fin mai ; elle en est donc au début du huitième mois, quand elle rentre dans le service une première fois le 21 septembre pour des maux d'estomac, et un léger suintement sanguin. La perte ayant cédé rapidement aux simples

injections chaudes et au repos, la femme sort de la clinique le 29 septembre.

Elle y revient le 6 novembre, à 7 heures du soir perdant du sang en abondance, sans douleurs; elle a été surprise par cette hémorrhagie au moment où elle sortait du Louvre. La chemise, les cuisses, les bas sont inondés de sang.

A l'examen général, rien de particulier si ce n'est une parenthèse bien accentuée des membres inférieurs et quelques varicosités à la jambe gauche. Bassin normal.

Par le palper, on trouve l'excavation et le grand bassin vides de parties fœtales.

La tête mobile est sur la ligne médiane, suspendue très au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Le dos est à gauche, le siège sous les fausses côtes droites, les petites parties à droite. On entend les bruits du cœur au-dessus de l'ombilic et presque sur la ligne médiane. Dans toute la partie inférieure de l'utérus c'est-à-dire dans le grand bassin, consistance molle et pâteuse.

« Le toucher digital ne donnant que des renseignements très imparfaits, à cause de l'élévation du segment inférieur, j'introduis, dit Varnier, toute la main, et je retrouve en arrière, effaçant le cul-de-sac postérieur, la tumeur mollasse qui, lors du premier séjour de cette femme dans le service, a été prise pour une tumeur liquide, et qui n'est autre que le placenta.

Le col est refoulé en avant et en haut derrière la symphyse. Il a toute sa longueur, et n'est perméable qu'à deux doigts. Au niveau de l'orifice interne, et bouchant l'entrée de l'utérus, on

sent les cotylédons placentaires. Je marque, en la déchirant du doigt, la partie qui se présente.

Aussi loin que je puis aller en arrière, je ne trouve que du placenta, de même à droite. En avant, il me faut recourber fortement les doigts et les porter au-dessus de la symphyse, pour sentir les membranes que je suis également en avant et à gauche. Au même instant, je perçois les battements du cordon. Rompre les membranes produirait fatalement une procidence de celui-ci. J'introduis donc en avant et à gauche, là où j'ai eu la sensation qu'il n'y a pas de placenta, un ballon Champetier; réservant ainsi pour le dernier moment la déchirure de l'œuf. Je distends le ballon au maximum.

Immédiatement après l'introduction et le gonflement qui s'opèrent sans écoulement sanguin, les battements du cœur sont bons.

Le fond de l'utérus remonte à 36 centimètres au-dessus du bord de la symphyse, le point le plus déclin de la tête est à 10 centimètres au-dessus du pubis sur la ligne médiane. On sent par le palper le ballon qui remonte à gauche, dans la fosse iliaque.

Le travail marche régulièrement sans hémorrhagie. A 3 heures du matin, la dilatation est comme une petite paume de main.

A 5 heures et demi, la dilatation est complète, le ballon dans le vagin; je l'extrais et introduisant la main en avant et à gauche, je pénètre dans l'œuf, sur le plan latéral postérieur du fœtus, saisis le pied gauche que j'amène dans le vagin, en même temps qu'y descend la plus grande partie du cor-

don. Il faut des tractions dans l'axe assez énergiques pour commencer l'évolution qui se fait spontanément. La hanche gauche revient en avant, et j'extrais sans difficulté l'enfant en sacro-iliaque gauche, après dégagement du pied postérieur et des bras.

Immédiatement derrière le fœtus, le placenta sort à moitié de la vulve, roulé en cornet d'oubli. Pas d'hémorrhagie consécutive.

Enfant étonné, mais bientôt ranimé, sans insuflation, pesant 3380 grammes. Poids du placenta = 490 grammes.

Durée totale du travail depuis l'introduction du ballon jusqu'à son expulsion = 9 heures et demi.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION V

Amélie T..., primipare, se présente à la visite le 26 octobre 1891. Rien d'intéressant dans son histoire; réglée à 12 ans, et depuis régulièrement, elle a perdu pour la dernière fois le 27 mars 1891. Elle est donc enceinte de 7 mois.

Jusqu'à ce jour, sa grossesse n'a rien présenté d'anormal; le 26 octobre seulement, à 3 heures du matin, elle commence à perdre du sang par petites quantités. Les pertes allant en augmentant, elle se décide à entrer à la Clinique.

L'examen général ne révèle rien à noter; c'est le sommet qui se présente, en position gauche. Le bassin est normal, et l'on entend les bruits du cœur fœtal à gauche, au-dessous de l'ombilic.

Après une série de pertes peu inquiétantes ayant duré tout le jour, mais par intervalles, à 5 h. 1/2 du soir, une hémorrhagie plus considérable survient. On rompt les membranes, et l'écoulement s'arrête aussitôt.

Mais à 6 h. 20, la parturiente recommençant à perdre, on examine le segment inférieur de l'utérus. On trouve le placenta en arrière, tout près de l'orifice, et après avoir remonté la tête presque amorcée à droite et en arrière, on parvient à introduire le ballon à gauche. On y introduit 500 grammes de liquides, et l'hémorrhagie s'arrête. A partir de ce moment, les douleurs sont presque continues. Le ballon est expulsé à 9 h. 1/2 du soir, et la tête ramenée aussitôt au niveau du détroit supérieur.

En pratiquant le toucher, on trouve une main et un avant-bras dans la cavité vaginale; la réduction s'en opère facilement, et l'accouchement à 9 h. 45 minutes, soit un quart d'heure après l'expulsion du ballon.

La délivrance a lieu à 10 h. 20, et est suivie d'une hémorrhagie assez abondante, qui nécessite des injections vaginales et intra-utérines très chaudes pendant 1/2 heure; l'écoulement tardant à s'arrêter, on fait le tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée.

L'enfant vient au monde dans un état physique alarmant, il pèse 1930 grammes. On le met dans une couveuse où il meurt le lendemain au soir.

Suites de couches normales.

Temps qui s'est écoulé entre l'introduction du ballon et la dilatation complète, 3 heures.

OBSERVATION VI

M. R..., domestique, antécédents héréditaires très bons, a toujours bien marché ; réglée à 13 ans, elle a continué de perdre chaque mois pendant deux ou trois jours. Rougeole à 18 ans. Une première grossesse en 1880, qui s'est terminée spontanément par un enfant bien portant.

A eu ses règles pour la dernière fois le 24 mai 1891. Elle est enceinte de 7 mois environ.

Le 29 juillet, perte de sang survenant brusquement sans cause ; le sang est liquide et rouge. Jusqu'au 9 août, cette femme perd chaque jour du sang noirâtre et en caillots. A partir du 9, plus d'hémorrhagies, mais le 15 août, nouvelle perte abondante de sang, liquide et vermeil. Plus rien ensuite jusqu'au 25 décembre. Ce jour-là, à 10 heures du matin, nouvelle hémorrhagie. La femme vient à la clinique à 11 heures, la chemise absolument inondée de sang. On fait une injection vaginale très chaude et une toilette vulvaire ; l'hémorrhagie s'arrête.

Le 27 décembre, nouvelle perte très abondante, qu'on évalue à 300 grammes de liquide. Une injection vaginale chaude arrête l'hémorrhagie, mais en présence de ses retours offensifs, et vu l'état affaibli de la femme, M. Varnier se décide à intervenir plus énergiquement. Il essaye de rompre les membranes, mais n'y arrive que très difficilement ; on ne sent que des cotylédons, et on pourrait croire à une insertion centrale ; mais la veille,

on était arrivé sur des membranes. L'index gauche, porté en supination le long de la paroi antérieure du segment inférieur, sans rien décoller, arrive à grand peine jusque sur l'œuf. Une pince courbe de Péan, guidée sur l'index, permet de saisir et de déchirer les membranes par torsion. On se hâte d'introduire ensuite un ballon Champetier, car l'auscultation du cœur du fœtus reste négative. Il est alors 10 heures $\frac{1}{4}$ du matin; les douleurs deviennent de plus en plus violentes, et il n'y a plus trace de sang à la vulve. A 2 heures du soir, dilatation complète; on retire le ballon du vagin. A ce moment une hémorrhagie survient, et le placenta occupe en grande partie la cavité vaginale. On introduit la main, on refoule le placenta à droite, puis pénétrant dans l'utérus, on va à la recherche d'un pied. La manœuvre est facile, l'extraction s'opère lentement, et le placenta, entièrement décollé, suit la sortie du fœtus. Ce dernier, né en état de mort apparente, ne tarde pas à respirer; il pèse 1470 grammes, et le placenta 320.

Temps qui s'est écoulé entre l'introduction du ballon et sa dilatation complète = 3 heures $\frac{3}{4}$.
Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

G. B., couturière, entre à la clinique Baude-
locque le 31 janvier 1892. Père et mère bien por-
tants, elle même n'a eu qu'une fièvre typhoïde à

36 ans. Réglée à 12 ans, elle a perdu depuis à époques fixes.

Six grossesses antérieures sur lesquelles nous sommes forcés de dire quelques mots.

1^{re} grossesse. — Normale, accouchement normal, enfant bien portant.

2^e grossesse. — Normale, accouchement normal, enfant mort à 15 mois, rachitique.

3^e grossesse. — Normale, accouchement normal, enfant bien portant.

4^e grossesse. — Présentation de l'épaule. Enfant mort à 8 jours.

5^e grossesse. — Terminée à 6 mois; enfant mort-né.

6^e grossesse. — Normal, accouchement normal, enfant mort-né.

La mère n'a pu donner aucun renseignement sur les causes de la mort de ces deux derniers enfants.

La grossesse actuelle date de 8 mois; la femme a eu ses dernières périodes vers le 5 juin 1891. Aspect général bon. Léger œdème des membres inférieurs. Utérus normal, comme volume; il est le siège de plusieurs fibromes : un gros, comme un œuf de pigeon, siège sur le fond de l'utérus; un autre plus petit, et plus bas, sur sa face antérieure.

Bassin normal à l'auscultation, les bruits fœtaux sont très sourds, et s'entendent à droite et au-dessous de l'ombilic. Pas d'albumine dans les urines.

Par le palper, aucun diagnostic possible, l'utérus étant continuellement contracté. La femme

a perdu les eaux à 1 h. 1/2 du matin avec une certaine quantité de sang.

Par le toucher, on retire des caillots du vagin; le col est perméable; on sent à gauche du col, le bord du placenta, qui occupe tout le segment inférieur. La partie foétale est extrêmement élevée; cependant on reconnaît la tête. M. Varnier introduit un ballon, il est alors 10 h. 1/2 du matin, les douleurs deviennent fréquentes, et la parturiente ne perd plus.

Le travail marche régulièrement et à midi 45 minutes, la dilatation est complète; derrière le ballon, s'engage aussitôt la tête, précédée du cordon; une seule douleur suffit pour expulser la tête, douleur pendant laquelle on put faire passer le cordon au-dessus de cette dernière peu volumineuse. Il y avait un circulaire du cou. Malgré tout l'enfant était mort.

L'accouchement se termina sans encombres, et la délivrance se fit à 1 h. 1/2 du soir.

On injecta aussitôt dans l'utérus plusieurs litres de liquide antiseptique à 48°.

A 3 h., frisson. — Température 39°,6.

A 4 h. du soir, le 1^{er} février, le thermomètre accusant 39°,4, on soumet la femme à l'irrigation continue. Dès lors, la température est prise fréquemment.

A 5 h. soir, même jour, thermom. = 38°,2.

A 5 h. 1/2, frissons, thermom. = 38°,8.

A 7 h., frissons, thermom. = 38°.

A 8 h., — thermom. = 37°,2.

A 9 h., — thermom. = 36°,7.

A 10 h., — thermom. = 36°,3.

A 11 h., frissons, thermom. = 36°.

On cesse l'irrigation.

2 février. — Injection intra-utérine. Pouls = 172. Température = 37°

3 février. — 9 h. matin : Piqûre de morphine. Onguent napolitain sur le ventre. Cataplasmes chauds. Toutes les heures, 0,02 centigr. de calomel.

3 février. — 3 h. du soir : Temp. = 37°,5.

3 février. — 5 h. soir : Pouls = 124.

Mort.

Nécropsie par M. Varnier.

L'utérus est le siège de plusieurs fibromes, dont deux occupent la face antérieure de l'organe, ils ont été diagnostiqués pendant la vie. On trouve également des caillots anciens, qui dénotent des hémorrhagies antérieures ; la muqueuse est très épaisse, rouge noirâtre, et probablement le foyer d'une multitude de germes pathogènes ; une odeur infecte s'exhale de la cavité utérine.

La température de la parturiente, qui s'élevait à 39°,3 à son entrée à la clinique, était déjà la preuve des phénomènes infectieux qui devaient fatalement succéder à ces accidents non traités : les débuts de la septicémie remontaient certainement aux heures qui avaient précédé l'introduction du ballon de Ribes.

CONCLUSIONS

1° L'insertion du placenta sur le segment inférieur est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici; on la retrouve chez plus de la moitié des femmes enceintes.

Les accidents sont relativement rares, mais par leur gravité, réclament une intervention rapide et énergique.

2° La connaissance exacte du mécanisme de l'hémorrhagie réduit à néant la valeur de la plupart des méthodes employées contre elle; le tiraillement des membranes pendant la grossesse, le décollement et le refoulement du placenta pendant l'engagement des parties fœtales sont les causes de l'écoulement sanguin; supprimer ces deux influences, et les accidents disparaissent.

3° La large déchirure des membranes met un terme aux tiraillements dangereux, et dans bien des cas, suffit à écarter tout péril.

4° Quand la tête ou le siège entraînent, dans leur engagement, le placenta décollé, le balcon de Champetier de Ribes, en repoussant l'organe, s'oppose à de nouvelles ruptures; sa large pression sur toute l'étendue du segment inférieur, et sur les sinus déchirés, explique l'arrêt presque immédiat de l'hémorrhagie.

5° La rupture de l'œuf avait rendu le travail

inévitables, mais dans un avenir difficile à prévoir; le ballon, par son volume considérable, par les variations de ce volume même au gré de l'accoucheur, par les tractions qu'on lui imprime, et qui le mettent plus en contact encore avec les bords de l'orifice, siège des réflexes, provoque des contractions violentes, et abrège la durée de l'accouchement.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUD.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ahlfeld.** — Demonstration eines Uterus mit placenta prævia, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft, f. Gyn., Zweiter Kongress., 1888, p. 156 à 159.
- Alezaïs.** — De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf. Thèse de Montpellier, 1882.
- Auvard.** — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. Thèse d'agrég. Paris, 1886.
- Barnes.** — Lectures of obstetric operations, 3^e édition, Londres. Traduction de Cordes, Paris, 1873.
- Bitot.** — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de Paris, 1880.
- Dyllon.** — De l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de Paris, 1890.
- Champetier de Ribes.** — Dilatation du canal génital à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse. Annales de gynécologie, 1888.
- Mac-Lean.** — The ménagement of placenta prævia. Annales de Gynécologie, 1886.
- Oul.** — Etudes sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. Annales de gynécologie, 1892.
- Pinard.** — a. — De la rupture prématurée, dite spontanée des membranes de l'œuf humain. Ann. de gynécologie, 1886.
b. — Leçon clinique sur le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, Écho médical, juillet 1888.
c. — Leçons faites à la clinique Baudeloque, juin et juillet 1890, Union médicale.
- Puzos.** — Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses.
- Wyder.** — Ueber die behandlung der placenta prævia. Arch. fr. gynec. 1887. Bd. XX-IX.

